

**22 QUESTIONS
SUR
LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE
EN AFRIQUE**

Document soumis au

Projet de recherche et d'analyse des ressources sanitaires et humaines
pour l'Afrique (HHRRA)

Division des ressources humaines et de la démocratie
Office du développement durable
Bureau pour l'Afrique

et à

la Division des politiques et de la réforme sectorielle
Office de la santé et de la nutrition
Centre pour la population, la santé et la nutrition
Bureau pour les programmes mondiaux, le soutien de terrain et la recherche
Agence des Etats-Unis pour le développement international

Par
Charlotte Leighton, Ph.D.
Abt Associates Inc.

MAI 1995

HEALTH FINANCING AND SUSTAINABILITY (HPS) PROJECT
(Projet de financement et de pérennisation des soins de santé)

ABT ASSOCIATES INC., Maître d'oeuvre
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA
Tél.: (301) 913-0500 Fax: (301) 652-3916
Télex: 312638

Management Sciences for Health, Sous-traitant
The Urban Institute, Sous-traitant

AID Contract No DPE-5974-Z-00-9026-00

REMERCIEMENTS

Le Projet de recherche et d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique (HHRAA) du Bureau de l'USAID pour l'Afrique a demandé au Projet de financement et de pérennisation de la santé (HFS) de faire la synthèse des expériences de l'Afrique subsaharienne et des indications dont on dispose concernant les questions les plus souvent posées dans la région au sujet des réformes du financement de la santé. Le Projet HFS, en tant que projet mondial de l'Office de l'USAID pour la santé qui a travaillé avec des ministères africains sur ces questions, a formulé une série de résumés à partir d'expériences de terrain et de recherches allant de 1989 à 1995, ainsi que d'un examen approfondi de la documentation existante.

L'auteur de cet ouvrage est Charlotte Leighton, Ph.D., Directeur technique du Projet HFS. Ricardo Bitran, Ph.D., Carla Willis et Abdo Yazbeck, Ph.D., économistes santé chez Abt Associates Inc., le maître d'oeuvre du Projet HFS, ont apporté leur concours. Des commentaires ont été faits par Lucy Gilson, de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, et par Hope Sukin, ainsi qu'Abraham Bekele, Ph.D, du Projet HHRAA. Nena Terrell a dirigé les travaux de révision et de production; Kathleen Lynch a assuré la révision et Barbara Sully de Chroma, Inc. la conception graphique. Cette édition a été rédigée et publiée en 1995.

22 QUESTIONS AU SUJET DU FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE EN AFRIQUE

INTRODUCTION

Le financement des soins de santé est une question politique primordiale et une priorité pour le secteur de la santé dans le monde entier. Dans les pays industrialisés, les réformes ont été axées essentiellement sur la maîtrise des coûts. Dans les pays en développement, elles ont été motivées par l'accroissement de la demande de soins de santé de meilleure qualité, à un moment où les pouvoirs publics, confrontés à une compression des ressources disponibles, ne peuvent plus honorer l'engagement qu'ils avaient pris de fournir à tous des soins "gratuits".

En Afrique subsaharienne, le débat porte sur les moyens d'améliorer la durabilité, l'équité et l'efficacité des services de soins de santé. Autre sujet de discussion: l'impact des réformes du financement de la santé sur l'efficience, la qualité des soins, l'accès pour les pauvres et les rôles respectifs des prestataires publics et privés.

Cinq Sujets couvrent 22 questions qui sont régulièrement posées par les ministères de la santé (MS) d'Afrique subsaharienne à propos de la réforme du financement des soins de santé. Les réponses font la synthèse des connaissances relatives à l'impact et à l'efficacité des réformes, en fonction des expériences et des recherches dans les pays africains. Chaque Sujet est censé servir de référence concise et non technique, "à la pointe des connaissances", à l'intention des décideurs de haut niveau, des analystes des soins de santé, des planificateurs de programmes et des responsables d'établissements. Pour les lecteurs qui souhaiteraient davantage de détails, chaque Sujet se termine par une liste alphabétique de Références chiffrées. Les numéros qui sont indiqués entre crochets à la fin des paragraphes se réfèrent à une ou à plusieurs entrées.

Chaque Sujet commence avec une vue d'ensemble du thème couvert, faisant ressortir la pertinence et le contexte de la (ou des) question(s) considérée(s). Etant donné que les principales questions et réponses sont regroupées par thème, les lecteurs peuvent choisir les domaines qui les intéressent en priorité - dans n'importe quel ordre. Puisque les buts, les questions et les expériences en matière de réforme du financement de la santé sont liés entre eux, les lecteurs souhaiteront peut-être passer en revue rapidement tous les sujets pour obtenir une gamme complète de renseignements sur une question dans son ensemble.

Sujet 1: Politiques, buts et stratégies des réformes du financement de la santé (Questions 1-3)

Sujet 2: Pérennité financière (Questions 4-8)

Sujet 3: Impact du recouvrement des coûts sur la qualité, l'accès et l'équité (Questions 9-15)

Sujet 4: Répartition, efficience et efficacité (Questions 16-18)

Sujet 5: Nouvelles initiatives: secteur privé et financement social (Questions 19-22)

Ces résumés sont disponibles en anglais et en français. Pour obtenir d'autres copies d'un
Sujet particulier, ou un jeu complet, contacter:

The Health and Human Resources Research and Analysis for Africa (HHRAA) Project
Human Resources and Democracy Division
Office of Sustainable Development
Bureau for Africa and
Policy and Sector Reform Division
Office of Health and Nutrition
Center for Population, Health and Nutrition
Bureau of Global Problems, Field Support and Research

Agency for International Development

Des exemplaires peuvent aussi être obtenus auprès de:
CDIE/DISC
US Agency for International Development (USAID)
Suite 1010
1500 Wilson Boulevard
Arlington, VA 22209-2404 USA
Téléphone: 703-351-4006
Télécopie: 703-351-4039

SOMMAIRE

SUJET 1. POLITIQUES, BUTS ET STRATEGIES DES REFORMES DU FINANCEMENT DE LA SANTE

Question 1: Quelles réformes de financement faut-il pour améliorer la pérennité et les performances des systèmes de santé en Afrique?

Question 2: Quelles approches les pays ont-ils essayées pour les réformes du financement de la santé? Ont-elles donné des résultats?

Question 3: Comment les réformes du financement de la santé peuvent-elles contribuer à atteindre d'autres buts de santé publique?

SUJET 2. PERENNITE FINANCIERE

Question 4: Les gens sont-ils disposés à payer pour des services de santé?

Question 5: Les gens ont-ils les moyens de payer pour des services de santé?

Question 6: Les initiatives de recouvrement des coûts génèrent-elles suffisamment de revenus pour contribuer à la pérennité financière dans des pays où la plupart des gens sont pauvres?

Question 7: Quel est l'impact du recouvrement des coûts sur la pérennité financière dans les établissements de soins de santé primaires et dans les hôpitaux?

Question 8: Que pourrait-on faire de plus pour exploiter les sources potentielles de financement pour les formations sanitaires?

SUJET 3. IMPACT DU RECOUVREMENT DES COUTS SUR LA QUALITE, L'ACCESSIBILITE ET L'EQUITE

Question 9: Quel rôle joue la qualité dans les réformes du financement de la santé?

Question 10: Des recettes générées par la tarification ont-elles été utilisées pour financer des améliorations de la qualité?

Question 11: Comment les améliorations de la qualité affectent-elles les coûts et la politique de financement?

Question 12: Comment la tarification affecte-t-elle l'accès aux soins de santé?

Question 13: Le recouvrement des coûts réduit-il l'équité? La tarification est-elle toujours préjudiciable aux pauvres?

Question 14: Existe-t-il des moyens efficaces et abordables de protéger les pauvres lors de l'introduction de réformes pour le recouvrement des coûts?

Question 15: Quelles politiques et pratiques sont utilisées pour protéger les pauvres en Afrique?

SUJET 4. ALLOCATION, EFFICIENCE ET EFFICACITE

Question 16: Comment l'Etat pourrait-il utiliser plus judicieusement son budget pour améliorer la santé des populations?

Question 17: Les réformes du financement peuvent-elles aider les ménages à mieux dépenser leur argent pour des dépenses de santé?

Question 18: Une autonomie des hôpitaux peut-elle aider les gouvernements à réduire la part de ces établissements dans le budget de la santé publique afin de mettre l'accent sur les soins de santé primaire?

SUJET 5. NOUVELLES INITIATIVES POUR ELARGIR LA COUVERTURE: SECTEUR PRIVE ET FINANCEMENT SOCIAL

Question 19: Qui sont les prestataires privés et que peuvent-ils faire pour contribuer à aux priorités de santé publique?

Question 20: Comment les pouvoirs publics peuvent-ils encourager la prestation privée de services de santé?

Question 21: Quels sont les principaux moyens d'obtenir un partage des risques ou d'alléger le fardeau que représente le paiement de soins de santé?

Question 22: Les assurances et autres formes de financement social conviennent-elles pour les populations rurales à faible revenu en Afrique?

Sujet 1

POLITIQUES, BUTS ET STRATEGIES DES REFORMES DU FINANCEMENT DE LA SANTE

SUJET 1. POLITIQUES, BUTS ET STRATEGIES

Les *politiques de réforme du financement de la santé*, au sens large, comprennent des options originales pour le paiement, la répartition, l'organisation et la gestion des ressources de santé. En Afrique subsaharienne, les réformes du financement de la santé sont souvent regroupées en trois grandes stratégies visant respectivement à:

- > accroître les revenus par des techniques de recouvrement des coûts (à savoir, la tarification, divers modes de financement social communautaire et les plans d'assurance)
- > améliorer la répartition et la gestion des ressources sanitaires existantes
- > renforcer le rôle du secteur privé dans les systèmes de santé reposant avant tout sur l'Etat.

Comme le montre le tableau ci-dessus, ces stratégies ont des buts ou des impacts à la fois primaires et secondaire. Par exemple, générer des recettes en demandant un paiement aux utilisateurs

Tableau 1-1: Réformes du financement du secteur de la santé: but, objets et stratégies

<i>BUT: AMELIORER L'ETAT DE SANTE</i>		
STRATEGIE (Technique)	OBJET PRINCIPAL	OBJET OU IMPACT SECONDAIRE
Augmenter les revenus (par exemple, paiements des utilisateurs, assurance)	Pérennité financière	Equité Accès Financement Qualité
Réaffecter des ressources (par exemple, augmenter la proportion du budget du MS)	Efficiencce et coût-efficacité	Equité Qualité

santé et les médicaments. Ils ont adapté les politiques pour passer d'un financement public exclusif des budgets des MS à un recouvrement des coûts partiel pour des services de santé qui sont fournis par le secteur public. La technique de recouvrement des coûts qui a été le plus souvent adoptée par les ministères consiste à demander aux utilisateurs un paiement pour les services, les médicaments, ou des deux. D'autres techniques ont été envisagées ou élargies, comme des financements sociaux par l'Etat ou les collectivités, des plans de paiements par anticipation et des assurances privées. Les mécanismes de financement communautaires à petite échelle ont été largement utilisés, surtout pour les agents de santé villageois et les projets communautaires "d'autoassistance" visant à construire et à entretenir des postes de santé et des dispensaires. Mais les ministères n'ont pas encouragé à grande échelle des financements sociaux plus élaborés ou des plans d'assurance.

Stratégies complémentaires

Les réformes du financement de la santé en rapport avec deux autres grandes stratégies - allocation, organisation et gestion des ressources de santé (personnel de santé, matériel, médicaments, établissements et crédits) et élaboration de schémas nouveaux d'organisation, notamment l'attribution de rôles plus étendus aux prestataires privés - visent à améliorer l'efficacité et l'efficacé du système sanitaire des pays. Ces réformes complètent et appuient les efforts de collecte de revenus en contribuant à une meilleure utilisation des ressources restreintes qui sont disponibles, ce qui limite la nécessité d'obtenir de nouvelles ressources. Ces réformes complémentaires ont été moins fréquentes que celles en matière de recouvrement des coûts et elles ont suscité tout récemment un vif intérêt.

Par exemple, certains ministères ont essayé de trouver des techniques d'un meilleur rapport coût-efficacité pour fournir des services prioritaires aux particuliers (tels que vaccinations; prévention du paludisme et lutte contre cette maladie; prise en charge des infections respiratoires aiguës [IRA]), mais rares sont ceux qui ont tenté d'appliquer des techniques efficaces à l'ensemble du système. Certaines actions ont été menées pour recentrer des fonds alloués aux hôpitaux sur les soins de base, mais on n'a pas fait grand chose pour cibler directement les groupes défavorisés et à risque, plutôt que de répartir de manière égale, sur l'ensemble de la population, la totalité de ressources sanitaires de l'Etat.

Les prestataires de santé à but non lucratif prospèrent dans certains pays avec peu, voire même aucune, assistance de l'Etat. Ils reçoivent d'importantes subventions financières de l'Etat dans d'autres pays, alors qu'ailleurs des obstacles juridiques et autres entravent leurs opérations. Les réformes du financement qui identifieraient et encourageraient des rôles appropriés pour les soins de santé privés à but non lucratif figurent parmi celles qui sont les moins développées.

Il est important de se souvenir que d'autres réformes et stratégies, d'ordre organisationnel ou institutionnel, doivent accompagner et appuyer les réformes techniques de financement auxquelles sont consacrées ce résumé. Ces stratégies plus générales - telles que réforme de la fonction publique, décentralisation, renforcement des capacités de gestion, établissement d'un consensus politique sur les priorités, résolution des contraintes bureaucratiques - sont nécessaires pour surmonter les divers obstacles organisationnels et politiques auxquels se heurtent les réformes du financement de la santé.

Questions habituelles concernant les réformes du financement

Compte tenu des recentrages majeurs qu'impliquerait cette série de stratégies de réformes du financement pour les systèmes de santé publique de nombre de pays africains, les ministères posent habituellement plusieurs questions:

- > Quelles réformes de financement faudra-t-il?
- > Quelles approches ont été essayées et avec quels résultats?
- > Comment les réformes de financement peuvent-elles contribuer à atteindre d'autres buts du système de santé publique?

Le *Sujet 1* fournit une vue d'ensemble des connaissances au sujet de ces questions. D'autres *Sujets* donnent des détails complémentaires concernant l'expérience des pays et les aspects particuliers des stratégies générales de financement de la santé, et ils évaluent leur impact sur les principaux buts du ministère.

QUESTION 1: **Quelles réformes de financement faut-il pour améliorer la pérennité et les performances des systèmes de santé en Afrique?**

EN BREF: Pour porter remède aux divers problèmes de financement et aux questions connexes d'ordre organisationnel auxquels se heurtent les systèmes de santé africains, il faut habituellement une combinaison de mesures pour accroître les revenus, répartir les ressources de manière plus efficiente et plus efficace, envisager des rôles originaux pour le secteur privé et employer les ressources publiques de façon plus équitable.

A quels problèmes de performance faut-il s'attaquer?

Nombre de ministères de la santé, de prestataires de services et de chercheurs ont identifié les caractéristiques qui expliquent les performances médiocres des systèmes de santé en Afrique. Ces caractéristiques sont notamment: des financements insuffisants; une utilisation peu efficiente des ressources disponibles; une allocation inadéquate de ressources en faveur des services de santé d'un bon rapport coût-efficacité; un manque d'incitations pour encourager les agents de santé à dispenser des soins de qualité; une réglementation mal adaptée et des obstacles regrettables à la prestation de soins de santé par le secteur privé; une répartition inéquitable des ressources entre les régions urbaines et rurales, et entre les populations défavorisées et celles qui sont plus fortunées; et des dépenses de santé élevées malgré l'existence de systèmes "gratuits".[4,5]

Les gouvernements des pays d'Afrique subsaharienne dans la catégorie de revenu la plus élevée dépensent environ 7 du total de leur budget à la santé; les pays africains à revenu intermédiaire, 5 pour cent; et les pays à faible revenu, 2,6 pour cent.[4] Que ces pays soient ou non en mesure de dépenser davantage - ou s'il le faudrait -, un consensus se dégage sur le fait que les modes de financement traditionnels qui faisaient appel uniquement à des crédits de l'Etat (recettes générales) n'ont pas produit la quantité ou la qualité de services de santé que veulent les populations et les gouvernements africains. Le système ne peut pas non plus maintenir ou accroître les améliorations souhaitées au plan de la santé.[4,5]

Quel est le meilleur moyen d'aborder ces problèmes?

Aucune stratégie unique de financement ne peut, à elle seule, résoudre ces problèmes. Il faut habituellement un ensemble de mesures, et notamment des actions pour:

- > augmenter les recettes afin d'améliorer la qualité et l'accès
- > mettre au point des politiques et des méthodes efficaces de ciblage et de contrôle du niveau des ressources pour qu'il y ait davantage d'équité
- > répartir les ressources de manière plus efficiente et efficace

- > créer des incitations pour une utilisation d'un meilleur rapport coût-efficacité des services et des ressources de santé
- > envisager des stratégies grâce auxquelles les prestataires privés pourraient contribuer à la réalisation des buts de santé publique
- > adapter les techniques généralement proposées en fonction de l'ensemble des problèmes de performance, des préférences des consommateurs, de la configuration des secteurs public et privé, et des questions sanitaires prioritaires dans tel ou tel pays.

Chaque stratégie s'accompagne de toute une panoplie de techniques: divers types de schémas de tarification simples ou complexes; différentes combinaisons de tarifs pour inciter les consommateurs à utiliser le services approprié; diverses combinaisons de mécanismes de détermination des prix, d'économies et de réaffectation des ressources pour mettre davantage de moyens à la disposition des services de soins de santé primaires et de soins préventifs, et pour rendre les services hospitaliers plus efficaces et efficaces; des subventions, des avantages fiscaux et des codes juridiques et réglementaires pour que les services des prestataires privés soient utilisés conformément aux buts de santé publique. Ces techniques doivent être adaptées à la situation particulière de chaque pays et il n'existe aucun modèle unique qui soit applicable, de manière efficace, à tous les cas.

Des détails sur l'expérience des pays et sur les options possibles pour chacune de ces stratégies sont fournis ailleurs dans ce document. Il est bien certain que des stratégies techniques et des techniques à elles-seules ne peuvent garantir, ni la durabilité, ni de meilleures performances. Les considérations politiques, institutionnelles et gestionnaires en liaison avec l'établissement d'un

QUESTION 2: Quelles approches les pays ont-ils essayées pour les réformés du financement de la santé? Ont-elles donné des résultats?

EN BREF: Le recouvrement des coûts par la tarification est la principale méthode de financement essayée par les ministères africains de la santé. Etant donné que les méthodes de recouvrement des coûts sont fonction de la disposition des gens à payer, des montants demandés pour les services de santé auront de meilleures chances de réussir s'ils procurent l'amélioration de la qualité, de l'accès et de l'équité que demandent les populations. Satisfaire les clients et les patients exige habituellement une mise en oeuvre bien organisée et bien gérée - tout en évitant les écueils habituels -, des procédures pour s'assurer que les recettes provenant de la tarification soient utilisées pour améliorer la qualité et l'accès, et des mécanismes pour protéger les pauvres. Les niveaux des tarifs sont importants pour la somme des recettes générées, mais il est aussi crucial d'établir un consensus politique et public que de "trouver les prix justes".

Quelle est l'ampleur des réformes du financement de la santé en Afrique?

Le Tableau 2-1 donne la liste des 28 pays africains qui, en 1994, avaient entamé ou mis en oeuvre des programmes nationaux de recouvrement des coûts dans le secteur de la santé. Nombre de ces pays (par exemple, le Ghana, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, la Zambie) ont fait de la collecte de revenus leur objectif principal. D'autres mettent l'accent sur des améliorations de la qualité des soins primaires, par des mesures d'incitation pour le personnel, ou en veillant à la disponibilité des médicaments.[1]

Tableau 2-1 Pays africains qui ont entamé ou adopté des réformes nationales de recouvrement des coûts	
Pays anglophones et lusophones	Pays francophones
Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Sierra Leone, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe	Bénin, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Cameroun, Guinée, Mali, Mauritanie, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Togo
<i>Source:</i> [1,3]	

Une enquête récente à l'échelle mondiale sur les objectifs de recouvrement des coûts dans le secteur de la santé, portant sur 26 pays, a indiqué que la plupart des pays ont des objectifs multiples, mais pratiquement tous ont cité l'obtention de revenus comme étant leur objectif primordial. Neuf pays (Cameroun, Chine, Hondura, Iran, Kenya, Mexique, Népal, Ouganda, Thaïlande) ont également cité l'amélioration de la qualité et l'extension de la couverture de services

de soins de santé. Sept autres pays (Afrique du Sud, Iran, Jordanie, Kenya, Namibie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Soudan) cherchent également à décourager les visites inutiles et le contournement des établissements du niveau inférieur.[2]

Dans la pratique, comment les ministères engagent-ils leurs réformes?

Les ministères doivent habituellement commencer en choisissant une panoplie appropriée de stratégies qu'ils introduiront ensuite progressivement. La plupart des pays africains ont appliqué d'abord des stratégies visant à accroître leurs recettes en pratiquant une tarification des services et des médicaments de santé primaires au niveau du centre et du poste de santé - c'est le cas des 13 pays qui mettent en oeuvre des projets en liaison avec l'Initiative de Bamako dans un district de santé ou plus. D'autres ont commencé leurs réformes avec des actions concertées de recouvrement des coûts pour les services hospitaliers de soins ambulatoires (par exemple, le Burundi, le Kenya, le Malawi, le Niger et la République centrafricaine). La plupart des pays n'ont pas tenté d'entreprendre simultanément des stratégies pour le recouvrement des coûts à tous les niveaux du système de santé, des changements majeurs dans la répartition des ressources, des améliorations au plan de l'efficacité et une participation accrue des prestataires du secteur privé.

Qu'ont appris les ministères de la santé au sujet de l'exécution de réformes réussies?

Même lorsque le recouvrement des coûts est l'une des grandes stratégies d'un ministère, l'expérience a montré que ces initiatives sont complexes et que "le succès" dépend de plusieurs facteurs. Diverses mesures de la "réussite" peuvent être utilisées, mais les indicateurs clés ont trait au montant des recettes qui sont collectées; à l'utilisation des recettes pour atteindre les buts visés (par exemple, des améliorations de la qualité, un accès élargi); et à l'impact sur l'utilisation, surtout pour les groupes les plus défavorisés ou les groupes à risque. Le recouvrement des coûts dans les pays d'Afrique subsaharienne montre que les chances de réussite, telles que mesurées par ces indicateurs, sont améliorées si l'on:

- > introduit la tarification en même temps que des améliorations de la qualité, en veillant à ce que des médicaments soient disponibles et que les recettes découlant de la tarification soient réinvesties pour obtenir des améliorations de la qualité qui satisfèrent les clients et les inciteront à revenir
- > fixe des objectifs clairs de recouvrement des coûts, que l'on comprenne bien ce que demandent les populations et que l'on utilise des schémas, que l'on planifie la structure des tarifs, la politique d'exemption et les mesures pour couvrir les coûts des soins aux indigents
- > conçoit une structure de tarifs pour encourager une utilisation efficace des services, d'abord au niveau approprié le plus bas, que l'on renforce les mécanismes d'aiguillage, que l'on signale les coûts des différents types de services de santé et que l'on encourage l'utilisation de soins d'un bon rapport coût-efficacité et de soins préventifs

- > évite des écueils habituels, tels que ne pas actualiser les tarifs, permettre trop d'exemptions, ne pas réclamer aux pouvoirs publics les sommes dues pour la fourniture de services aux bénéficiaires des plans de santé de l'Etat ou de programme d'assistance sociale (par exemple, fonctionnaires, étudiants, militaires, indigents)
- > maintient, plutôt que diminuer, la contribution de l'Etat aux formations sanitaires qui pratiquent le recouvrement des coûts, de sorte que les recettes provenant de la tarification soient un complément net venant s'ajouter aux ressources
- > propose aux agents chargés de la collecte des paiements des incitations appropriées
- > permet aux établissements de garder la plupart, voire même la totalité, des paiements des utilisateurs, pour pouvoir réaliser des améliorations dans l'établissement qui a recueilli les fonds (par exemple, reconstituer les stocks de médicaments, acheter des fournitures médicales et de bureau, moderniser le bâtiment, accorder des primes d'efficacité au personnel)
- > fournit certains moyens de mettre en commun un petit pourcentage des recettes tirées, par chaque établissement, de la tarification, au niveau des districts ou des régions, afin de constituer un fonds "de solidarité" pour les dépenses courantes ou pour redistribution aux formations sanitaires dont les conditions de recouvrement des coûts sont les moins favorables
- > dispense une formation et une orientation en profondeur pour les agents de santé et établit des systèmes de gestion financière et de comptabilité appropriés
- > dégage un consensus politique et qu'on fournit une information publique appropriée et extensive au sujet du niveau des tarifs, de l'utilisation des recettes et des buts du programme de recouvrement des coûts.

Ces leçons préliminaires se sont dégagées d'expériences locales et régionales de recouvrement des coûts (par exemple, au Cameroun, au Ghana, au Niger, au Sénégal et au Swaziland), menées par divers projets dans le cadre de l'Initiative de Bamako (par exemple, au Bénin, au Ghana, en Guinée et au Nigéria), ainsi qu'en liaison avec plusieurs efforts nationaux de réforme du financement de la santé (par exemple, en République centrafricaine, au Kenya et au Zimbabwe). Nombre de ces leçons ont été apprises par la manière forte: en ayant à faire des corrections en cours de route par rapport à l'action entreprise. Aucun pays n'a pu concevoir de "modèle" qui soit valable pour tous, et chaque pays continue d'apprendre, et doit effectuer périodiquement des changements.

QUESTION 3: Comment les réformes du financement de la santé peuvent-elles contribuer à atteindre d'autres buts de santé publique?

EN BREF: Les réformes du secteur de la santé conçues pour promouvoir la pérennité financière peuvent aussi améliorer la qualité, l'accès et l'efficacité des services de santé. Elle peuvent y parvenir en utilisant de manière plus judicieuse les ressources existantes de l'Etat, en veillant à ce que les recettes complémentaires soient utilisées pour maintenir les améliorations de la qualité, en créant des incitations pour que les gens répartissent plus efficacement leurs dépenses de santé, et en concentrant les subventions de l'Etat sur les individus plus défavorisés.

Comment le financement de la santé peut-il améliorer les services de santé?

La mobilisation de ressources complémentaires pour promouvoir la pérennité financière est un objectif primordial des réformes du financement de la santé. Lorsqu'elles sont bien conçues et mises à exécution, et qu'elles comprennent une allocation et une gestion améliorées des ressources, les réformes du financement de la santé peuvent aider les ministères africains de la santé à réaliser divers autres de leurs buts importants. Des ensembles bien conçus de réformes du financement de la santé peuvent également contribuer à:

- > améliorer la qualité et l'accès aux services sanitaires publics en mettant des fonds à disposition pour assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels et en carburant pour les réfrigérateurs qui servent à la conservation des médicaments et des vaccins, l'entretien des établissements et les transports qu'exigent la supervision des agents de santé, l'animation et les services mobiles
- > améliorer l'équité en demandant aux personnes ayant des moyens suffisants de payer leurs services de santé, économisant ainsi des fonds publics qui seraient utilisés sous forme de subvention pour les personnes qui ne peuvent pas payer
- > envoyer des signaux en matière de prix pour encourager l'utilisation de soins préventifs et primaires et de médicaments essentiels, aidant ainsi les ménages à obtenir le meilleur service possible, tout en économisant peut-être de l'argent sur les services de santé
- > accroître l'efficacité et l'utilisation judicieuse des hôpitaux de l'Etat central en améliorant les mécanismes de recouvrement des coûts, en établissant des incitations pour améliorer les performances du personnel de santé, et en envisageant une plus grande autonomie financière et gestionnaire des hôpitaux, ce qui permettrait de mieux gérer leurs ressources
- > accroître la disponibilité des services et l'utilisation efficace des fonds publics en encourageant un plus grand rôle pour les prestataires de soins privés

- > améliorer l'état de santé des populations en créant des incitations qui encouragent tant les pouvoirs publics et que les populations à réaffecter leurs dépenses en donnant la préférence à des services d'un meilleur rapport coût-efficacité.

Quelle est la principale justification des réformes du financement?

La réalisation de ces buts, ainsi que d'autres, en matière de politique de santé, et la promotion de la durabilité financière sont à l'origine des réformes du financement de la santé. Ces réformes sont particulièrement efficaces et justifiées lorsqu'elles ont été conçues pour contribuer aux buts primordiaux de santé publique des ministères de la santé et à des améliorations de l'état de santé. Cette justification plus large est l'une des raisons pour lesquelles ni les buts d'augmentation des recettes, ni les stratégies de recouvrement des coûts ne devraient supporter à elles seules les efforts de réforme du financement. Les systèmes de tarification doivent être conçus de manière à améliorer l'efficacité et l'équité, et à générer suffisamment de revenus pour que la pérennisation soit assurée. Il faut aussi une meilleure allocation des ressources et un meilleur ciblage des subventions de l'Etat, en conjonction avec le recouvrement des coûts, pour tirer profit au maximum des stratégies améliorées de financement.